DE LA N° 42

THORACOPLASTIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

le 17 juillet 1886

PAR

Frédéric DURAND

Né à La Tour-d'Auvergne (Puy-de-Dôme)

Médecin de la Marine

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

SERRE ET RICOME, SUCCESSEURS

1886

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.

GRASSET, Assesseur.

Professeurs.

	Messieurs :
Clinique médicale.	DUPRÉ (✲ C ✠).
Anatomie.	BENOIT (O. ✲ ✠).
Clinique médicale.	COMBAL (✲ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER (✲).
Physique médicale.	MOITESSIER (✲
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic.	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur.méd.	PLANCHON (✲ ✠).
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	DUMAS (Léon).
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Opérations et appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe (ch. de cours).	CHALOT.

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✲ ✠).

Prof. honor. M. MARTINS (O. ✲).

Chargés de Cours de Cliniques annexes:

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN (✲), agrégé.

Agrégés en Exercice.

Messieurs :	Messieurs :	Messieurs
GARIMOND.	CARRIEU.	REGIMBEAU (✲).
JACQUEMET.	MAIRET.	BLAISE.
GAYRAUD.	CHALOT.	BAUMEL.
DE GIRARD.	BIMAR.	VILLE.
SERRE.	MOSSÉ (✲).	GRANEL.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire.

Examinateurs de la Thèse:

MM. GRYNFELTT, *président;*
DUBRUEIL, professeur;
GAYRAUD, agrégé.
SERRE, agrégés.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553210_0111

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

F. DURAND.

A Monsieur le docteur GRASSET

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Montpellier

A Monsieur le docteur Eugène NARBONNE

Ancien Médecin de la marine
Médecin de l'Hôtel-Dieu à Narbonne

A Monsieur le docteur Emile TRIFAUT

Médecin-Major au 100e de ligne

A Monsieur le docteur CUNÉO

Médecin en chef de la marine

A mes Maîtres et à mes Camarades des Ecoles de Médecine navale

F. DURAND.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur GRYNFELTT

F. DURAND.

DE LA THORACOPLASTIE

CHAPITRE 1er

Jusqu'à ces dernières années, le traitement de la pleurésie purulente relevait presque exclusivement du domaine médical; l'opération de l'empyème seule était pratiquée parfois comme ressource ultime, et la mortalité restait considérable.

Aussi toute méthode nouvelle, patronnée par des résultats inconnus autrefois, devait-elle être accueillie favorablement. Une phase nouvelle vient de naître pour le traitement de certains abcès de la plèvre, phase essentiellement chirurgicale, dans laquelle on s'efforce de considérer la plupart des épanchements purulents comme de vulgaires abcès froids, comportant les mêmes indications opératoires, large débridement, râclage de la poche, drainage et accolement des parois.

De nombreuses nécropsies avaient en effet démontré que souvent il ne s'agissait nullement de sujets diathésiques, de tuberculeux par exemple; les lésions anatomo-pathologiques, telles que la dégénérescence amyloïde du rein, autorisaient pleinement à considérer comme cause unique de la mort une suppuration trop abondante et prolongée.

C'était donc à certaines conditions locales, toutes particu-

lières à la région thoracique, que devaient être rapportées ces suppurations intarissables.

La rigidité de cette paroi, la rétraction extrême du poumon, l'épaisseur de la plèvre transformée en un tissu rigide et sans tendance à la granulation, constituaient un obstacle d'ordre à la fois mécanique et vital à l'oblitération de la poche purulente, par affaissement et adhérence des parois.

Une large résection de côtes, permettant la mobilisation de la paroi pariétale de la cavité suppurante, n'amènerait-elle pas son affaissement et son oblitération?

Tel est le but qu'on s'est proposé d'atteindre par l'opération de la thoracoplastie.

Il n'est peut-être pas sans intérêt, aujourd'hui, de résumer brièvement les opinions des cliniciens sur la valeur de ce mode d'intervention opératoire, grâce auquel on compte déjà un grand nombre de succès là où les efforts de la nature et les autres moyens de traitement restaient impuissants. Ce travail n'a pas d'autre prétention.

CHAPITRE II.

HISTORIQUE.

Il n'est pas besoin de remonter jusqu'aux temps hippocratiques pour trouver les premières tentatives de thoracoplastie.

En 1873, Letiévant pratique pour la première fois la résection costale dans un cas d'empyème chronique, et obtient un plein succès. (*Bulletin soc. chirurgie*, 1875). Vers la même époque, Estlander et Bœckel publiaient chacun un cas de guérison.

Toutefois, ces opérations n'étaient que des cas à consulter à titre d'intervention chirurgicale hardie, mais une méthode générale n'avait pas encore été édifiée.

En France la question était très peu connue, et c'est à M. Berger que revient l'honneur d'avoir le premier attiré l'attention de nos chirurgiens en fixant les premières indications de cette opération.

Le 8 août 1883, le Dr Bouilly présente à la Société de chirurgie un cas de guérison.

M. Berger, nommé rapporteur, s'exprime ainsi à ce sujet: «C'est Estlander le premier qui établit l'indication de cette nouvelle variété de résections costales, et qui le premier la pratiqua méthodiquement dans ce but.»

Le rapport de M. Berger, resumé complet de tout ce qui avait été fait jusqu'en décembre 1883 sur ce sujet, nous servira utilement de guide.

Cette question en quelque sorte, née d'hier, peut comprendre deux périodes bien distinctes :

1° Des observations isolées sont communiquées ; je dirai presque, à titre d'intervention hardie et envieuse.

2° La thoracoplastie devient une méthode générale de traitement de la pleurésie purulente.

De nombreuses discussions, des observations ont été publiées isolément depuis, mais comme travail d'ensemble nous ne possédons que celui de M. Berger. N'y a-t-il donc pas lieu, en raison des matériaux plus nombreux fournis aujourd'hui par la clinique, de revoir certaines conclusions, d'examiner si elles doivent être infirmées ou confirmées, et de poser d'une façon plus certaine les indications et les contre-indications.

C'est ce que nous nous attacherons à étudier.

CHAPITRE III.

SYNONYMIE.

«Estlander est assurément le premier qui pratiqua cette opération méthodiquement et dans un but déterminé » (1).

C'est donc à tort que la paternité a pu être attribuée à d'autres chirurgiens, tels que MM. Letiévant, Roser, Simon, etc., puisque en pratiquant la résection costale, ces opérateurs n'avaient pas nettement pour but la réunion des deux parois de la poche de suppuration.

M. Verneuil avait proposé le nom d'opération de Letiévant-Estlander, car, disait-il, Letiévant l'avait évidemment conçue; mais à la séance du 22 octobre 1884 (Soc. chirurgie), il se produisait une réclamation de M. Gayet, prétendant avoir préconisé cette opération en 1874, dans la thèse de Chabalier (janvier 1875).

En présence de ces réclamations, M. Verneuil propose de supprimer tout nom propre, même celui d'Estlander : aussi parmi les différentes synonymies proposées : thoracotomie, thoracoplastie, etc., adopterons-nous celui de thoracoplastie, qui, tout en ne préjugeant pas la question de priorité, nous semble le mieux répondre au but proposé.

(1) Berger, *loc. cit.*

CHAPITRE IV.

BUT DE L'OPÉRATION.

Il n'est pas besoin d'insister longuement pour démontrer l'importance d'un pareil sujet surtout en ce qui a trait à la marine et à l'armée.

La marine ne présentant point de statistiques établies par catégories de maladies, nous nous bornerons à examiner les statistiques fournies par le Ministère de la guerre, les similitudes d'âge, de conditions d'existence, de milieu et de maladies permettant de rapprocher ces deux groupes.

C'est ainsi que rassemblant les statistiques établies pour l'armée, nous trouvons les chiffres suivants indiquant le nombre de décès par pleurésie purulente.

En	1872	104
	1873	108
	1874	81
	1875	171
	1876	217
	1878	144
	1880	156
	1881	218
	1882	196

Il reste donc acquis par les statistiques du Ministère de la guerre que la mortalité par cette cause est considérable, et il y a lieu de rechercher si par une intervention plus radicale et plus hâtive, on n'obtiendrait pas de résultats plus heureux

dans le traitement des fistules pleurales persistantes à la suite d'empyème.

Nous nous rangerons à l'opinion émise par Berger dans son rapport pour expliquer comment, après l'ouverture de la paroi thoracique et de la plèvre, soit spontanément, soit chirurgicalement, se forme une fistule thoraco-pleurale sans tendance à la guérison.

«On comprend que dans les cas d'empyème où l'épanchement était abondant, où l'ouverture et l'évacuation du pus n'a été faite que tardivement, et d'une façon insuffisante, à l'âge où la mobilité et la flexibilité des côtes est moindre, un épanchement purulent de la plèvre ait moins de chances de guérir complètement par l'incision que dans les circonstances opposées, et que l'on voie souvent se constituer une fistule pleurale persistante. » (Berger).

Si d'un autre côté nous tenons compte que ces fistules thoraciques ont une marche très variable, qu'elles se ferment pendant quelque temps pour se rouvrir ensuite, que cette suppuration interminable, non seulement épuise les malades qui s'affaiblissent de plus en plus, mais encore, qu'avant de succomber tardivement dans le dernier degré du marasme, la communication de l'air avec la cavité pleurale constitue un danger permanent.

Le pus peut subir l'altération putride ; le malade épuisé par la suppuration, empoisonné par la résorption des produits septiques que contient sa plèvre, succombera à la fièvre hectique.

La dégénérescence amyloïde des reins, la tuberculose étant le terme fatal où conduit trop souvent l'empyème transformé en une fistule pleurale incurable, il y a donc lieu d'intervenir, surtout si comme dans l'armée et la marine, on se trouve en présence d'hommes jeunes, vigoureux. N'échapperaient-ils pas ainsi plus sûrement aux mauvaises

chances dans lesquelles les placerait une longue suppuration, et aux dangers de la septicémie.

Le but de ce mode de traitement est donc d'obtenir le retrait du foyer de suppuration à parois rigides, en faisant subir aux arcs costaux une large perte de substance, grâce à laquelle ils puissent s'enfoncer en quelque sorte dans la cavité thoracique, et permettre le contact de la plèvre pariétale et de la plèvre viscérale.

C'est, on le voit, une véritable mobilisation de la paroi thoracique, afin de venir en aide, ainsi que le dit Berger: «au travail d'oblitération spontanée qui résulte de la traction que les adhérences pleurales exercent sur la paroi thoracique, et qui se traduit par l'affaissement du côté correspondant de la poitrine et le resserrement des espaces intercostaux, travail qui amène le retrait graduel de la cavité suppurante et l'occlusion des fistules consécutives à l'opération de l'empyème. Ce retrait est limité par la forme et la résistance des arcs costaux, de même que l'application du poumon contre le feuillet pariétal de la plèvre, est subordonnée à la force et à l'étendue des adhérences qui fixent cet organe dans la situation anormale où l'a placé l'épanchement pleural.»(1). Mais il ne faut pas voir que le côté mécanique de l'opération, il faut aussi en examiner le côté vital, c'est-à-dire la cicatrisation.

Pour cela, on devra favoriser le bourgeonnement en excitant les parois d'une cavité sclérosée, et sans tendance à la granulation.

C'est pourquoi Verneuil et Bouilly ont préconisé une méthode toute nouvelle en tant qu'appliquée à la plèvre, en conseillant le grattage et la cautérisation des callosités, tout comme dans le traitement des fistules anales; mais on peut se demander dans quelle mesure ce grattage sera toujours possible, et s'il n'y aurait pas à craindre de produire par cette

(1) Berger (*loc. citat...*).

manœuvre une blessure de la plèvre viscérale avec plaie pénétrante du tissu pulmonaire.

Ce complément opératoire ne semble devoir trouver d'application que dans les cas d'épaississement considérable de la cavité pleurale.

Avant de nous occuper des indications, de contre-indications et du mode opératoire, il y a lieu d'examiner les observations publiées jusqu'à ce jour, et nous appuyant sur elles ainsi que sur l'observation inédite rapportée plus loin, nous nous efforcerons de tracer les indications et les contre-indications de l'opération.

CHAPITRE V.

STATISTIQUE.

D'après la statistique fournie par M. Berger dans son rapport, on trouve pour 22 cas:

10 guérisons, 5 améliorations, 7 insuccès, dont 4 morts.

Cette statistique peut être aujourd'hui largement complétée par les observations publiées depuis, et que nous allons essayer de résumer.

M. Cormak, qui, dans sa thèse (avril 1885), étudie tous les cas publiés jusqu'à ce moment, arrive aux résultats suivants:

Guérisons	10
Presque guéris	10
Améliorations	8
Stationnaires	3
Morts	10

Soit un total de 41 malades, traités par la thoracoplastie.

Nous ne reprendrons point les observations déjà publiées par M. Cormak, qui réunit également dans son travail celles publiées par M. Berger dans son rapport.

Nous nous contenterons de résumer celles qui ont paru depuis, et d'y ajouter l'observation personnelle que nous publions dans le courant de notre travail, et qui forme un chapitre spécial.

M. Périer a opéré deux malades: dans l'un des cas, il a obtenu un insuccès, dans l'autre une amélioration notable.

M. Lucas-Championnière a obtenu un succès complet chez un malade traité par la thoracoplastie.

M. Marc Sée opère et obtient une amélioration.

M. Berger. — Insuccès complet sur un tuberculeux âgé de 30 ans.

M. Bouilly pratique l'opération sur un garçon de 18 ans. Fistule pleurale datant de 5 ans. Il résèque 5 côtes sur une étendue de 8 à 10 centim. Cicatrice complète en trois semaines. Donc 1 succès.

Saltzmann (d'Helsingfors) publie 5 observations (Rapport de M. Nicaise) :

1° Fistule spontanée datant d'un an. Résection des 4e, 5e, 6e, 7e côtes sur une étendue d'environ 5 centim. Guérison en 3 mois.

2° Fistule spontanée datant de 6 mois environ. Résection des 3e, 4e, 5e, 6e, 7e, 8e, 9e côtes sur 4 centimètres environ. Guérison en 6 semaines.

3° Fistule opératoire. Femme de 35 ans. Une ponction amène 1800 gr. de pus. Une première opération, 3 ans après le début de la pleurésie, réduit la cavité à 280 gr. environ. Deux ans après, la fistule étant persistante, nouvelle résection des 2e, 3e, 4e, 5e, 6e, 7e, 8e, 9e côtes. Cavité réduite à 50 gr. dont l'opérateur espère l'oblitération complète.

Deux autres opérés de M. Salzmann ont été améliorés, mais le résultat définitif en est inconnu.

M. Chauvel cite un cas opéré par M. Mathieu au Val-de-Grâce. Signes de tuberculose, pas de bacilles dans le pus. La résection amène la réduction de la cavité de 220 gram. à 115, et on obtient une amélioration très notable de l'état général du sujet.

M. Delorme. — Empyème datant de trois mois. Résection des huit premières côtes. La plèvre qui donnait 200 gram.

de pus, n'en donne plus que 30 ou 40 gram. On a ainsi obtenu une amélioration très notable.

M. Bouilly. — Pleurésie purulente datant de deux ans, spontanément ouverte au niveau du 4me espace intercostal. Résection portant sur six côtes et sur la portion correspondante de la plèvre pariétale épaissie et lardacée. Cas presque désespéré. Trois mois après sort guéri de l'hôpital.

Cecchercœli (Association médicale italienne. Cession de Pérouse), a opéré une femme. Lambeau elliptique. Large résection costale, a obtenu rapidement une cicatrisation complète et la guérison.

M. Moreau à l'hôpital civil de Charleroy (Académie de médecine de Bruxelles, séance du 28 novembre 1885) a opéré une dame atteinte de pleurésie purulente et ponctionnée en trois endroits différents. Résection des 7e, 8e, 9e et 10e côtes. Récidive après une guérison temporaire que l'on avait crue définitive.

M. Poulet enfin publie une observation d'un malade traité par lui. Pleurésie de nature tuberculeuse. Résection des côtes et de la plèvre pariétale. Il a obtenu la guérison de son malade.

En résumé, nous trouvons comme statistique les résultats suivants pour les 58 cas que nous avons pu relever :

Guéris	29 %
Presque guéris	16 %
Améliorés	24 %
Stationnaires	5 %
Insuccès	19 %

CHAPITRE VI.

OBSERVATION

(Personnelle.)

Pleurésie purulente ; empyème ; persistance d'une fistule pleuro-cutanée conduisant dans une vaste cavité.— Résection partielle des 6e, 7e. 8e, 9e côtes.— Guérison.

Gallier Jean, 23 ans ; 22 mois de service au 54e de ligne; d'une constitution vigoureuse, exempt de toute tare héréditaire, est atteint subitement de pleurésie aiguë droite pour laquelle il entre à l'hôpital de St-Michel le 7 juin 1883.

Après trois mois de traitement, il est envoyé en congé de convalescence.

Malgré un repos de six mois, il ne peut rejoindre son corps et se présente à l'hôpital de Nantes pour pleurésie chronique suspecte.

De là il est dirigé sur l'hôpital d'Amélie-les-Bains, où il entre le 15 avril 1884.

Après un séjour d'un mois, il est évacué sur l'hôpital militaire de Perpignan le 17 mai, servicede M. le Médecin-major Vieusse, avec le diagnostic: «Pleurésie chronique datant de onze mois.»

L'état général du malade est assez mauvais ; maigre, anémié, il a le teint terreux, et les extrémités inférieures infiltrées.

La percussion et l'auscultation de la poitrine à gauche n'offrent rien de particulier à signaler ; le cœur conserve ses rapports normaux et fonctionne avec régularité: à droite, on constate une matité absolue, et une absence complète des bruits respiratoires dans les deux tiers inférieurs du thorax ;

le sommet est sonore à la percussion, le murmure vésiculaire offre peut-être un peu de rudesse, mais pas de bruits anormaux.

Sur la partie latérale de la poitrine, à la hauteur des 7e, 8e, 9e côtes, se trouve une tumeur du volume d'une mandarine fluctuante.

L'apparition de cet abcès sous-cutané remonte à deux mois ; il a été ponctionné une première fois à Amélie avec l'aspirateur Dieulafoy ; 250 grammes de pus en ont été évacués.

La tumeur se reproduisit le lendemain de cette première ponction.— Température normale.— Le 12 juin on pratiqua l'opération de l'empyème, au niveau du 8e espace intercostal correspondant à cet abcès sous-cutané.

On constate alors l'existence d'une fistule pleurale siégeant également dans le 8e espace, et en arrière de la ligne axillaire.

Après un large débridement de cette fistule, il s'écoule environ 400 grammes de pus grumeleux. A ce moment, 300 gr. environ de liquide pénètrent aisément dans le kyste pleural. Drainage, lavage et pansement antiseptique. Pendant les 3 jours qui suivirent l'opération, la température s'élève considérablement

37°8 40°2 40°

pour redevenir définitivement normale.

Du mois de juin au mois d'octobre, la situation de l'opéré a peu changé : chaque jour la cavité pleurale largement drainée, est lavée, soit avec l'acide phénique, soit avec l'acide borique, et pansée antiseptiquement.

Chaque jour il s'en écoule une quantité de pus sensiblement égale, et malgré la rétraction extrême du côté droit, la capacité de l'abcès, en cinq mois de temps ne diminue pas.

Des examens fréquemment répétés, n'ont jamais permis

de constater l'existence de tubercules pulmonaires; l'aspect général du malade s'est d'ailleurs sensiblement amélioré; il a engraissé et est fortement musclé, dort et mange bien, pas de sueurs nocturnes, pas de fièvre, urines normales, viscères probablement sains.

En raison de cette situation très satisfaisante et de l'absence probable de tubercules, la thoracoplastie paraît nettement indiquée chez un sujet vigoureux, qu'une suppuration interminable expose à des dégénérescences viscérales fatalement mortelles, et qu'une cause plutôt mécanique que constitutionnelle empêche de tarir.

Etat du malade avant l'opération (1er novembre): anémie assez profonde, pas d'amaigrissement notable, les reliefs musculaires sont bien accusés, les fonctions digestives régulières, pas de fièvre. L'urine ne renferme ni albumine, ni glucose. Le poids du malade est de 72 k. 500 grammes. L'épine dorsale présente une déviation scoliotique; à gauche, rétraction extrême du côté droit, dont l'omoplate est soulevé; les espaces intercostaux sont complètement effacés, par suite de la juxtaposition des côtes. Le demi-perimètre thoracique de ce côté mesure:

Au niveau de la ligne mammaire.....	0m47c
Au niveau de la fistule —	0m45c 5
A gauche et à hauteur de la ligne mamelonnaire	» 47c
A gauche à la hauteur de la fistule —	47c 5

Celle-ci correspond au 8me espace intercostal, bien en arrière de la ligne axillaire, près de l'angle postérieur des côtes.

Le trajet de la fistule, oblique en haut et en arrière paraît long et tortueux; une sonde en gomme élastique y pénètre de 0,20 centimètres environ, mais ne peut s'y mouvoir. La cavité à laquelle elle aboutit paraît offrir une capacité de 250 centimètres cubes au moins; elle reçoit aisément près

d'un quart de litre de liquide, et sécrète journellement 150 gr. de pus environ. Ajoutons qu'un deuxième trajet fistuleux sous-cutané part de cette fistule horizontalement, pour venir s'ouvrir à 0,03 de l'épine dorsale.

A la percussion : submatité du sommet jusqu'à hauteur de l'épine de l'omoplate ; de ce point jusqu'à la fistule, c'est-à-dire sur une hauteur de $0^{m},11$ centimètres, on obtient de la matité et un bruit de pot fêlé.

Chaque percussion à ce niveau donne lieu à un bruit rappelant celui de l'appeau de caille.

A l'auscultation, le murmure vésiculaire se perçoit depuis le sommet jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate, affaibli, mais sans bruits anormaux ; à partir de ce niveau, silence complet jusqu'à la base.

Du côté gauche, rien de particulier à signaler.

Pas de dyspnées, circulation normale.

En résumé : état général satisfaisant, pas de lésions viscérales appréciables, fistule et vaste cavité pleurale, datant de 6 mois et sans tendance à la diminution ; le côté droit paraissant avoir atteint un maximum de rétractions.

C'est dans ces conditions qu'est pratiquée le 2 novembre, l'opération thoracoplastique d'Estlander par M. Vieusse, médecin-major de 1re classe.

Le malade est soumis à l'anesthésie chloroformique, et la paroi thoracique, préalablement nettoyée antiseptiquement : incisision linéaire des parties molles de 12 centimètres au niveau de la 9e côte, et suivant sa direcction, très oblique (procédé de Saltzmann).

Le périoste est difficilement décollé sur la face antérieure, et sur les bords de la côte ; en raison du rapprochement extrême des arcs costaux voisins, fortement hypérostosés et déformés ; le décollement du périoste sur la face profonde se

fait péniblement, et l'incision linéaire insuffisante complique inutilement le manuel opératoire.

Renonçant donc aux incisions parallèles, le chirurgien trace un lambeau quadrilatère à base supérieure de 12 centimètres de largeur sur 8 de hauteur. Il devient ainsi plus aisé de décoller le périoste sur les faces antérieures et profondes.

La section de la 9e côte attaquée la première avec la pince de Liston, présente certaines difficultés par suite du resserrement de l'espace intercostal, et de l'hypérostose des arcs costaux.

Une fois cette première côte réséquée, les autres ont été facilement dénudées et sectionnées.

C'est ainsi que successivement le chirurgien résèque :

7cm,8 de la 9e
8cm,5 de la 8e
6cm,3 de la 7e
2cm,5 de la 6e

soit un total de 24cm,8 de 4 côtes.

La cavité suppurante est lavée par une injection d'eau phéniquée, à 5 p. 100 ; l'introduction du doigt dans le trajet fistuleux débridé, permet de constater que celui-ci, à direction oblique en haut et en arrière, présente une longueur de 0m,05 centimètres environ, et aboutit à une cavité spacieuse, dans laquelle une sonde en gomme élastique pénètre de 0,15 centimètres, sans rencontrer aucun obstacle appréciable.

La plèvre pariétale offre un épaississement de 2 centimètres. La perte de sang a été minime ; trois ligatures ont suffi pour assurer l'hémostase complète, et aucun jet artériel volumineux n'est venu rappeler l'existence des intercostales très probablement intéressées, mais certainement réduites de calibre.

Les deux branches verticales de l'incision, ainsi qu'une grande partie de l'horizontale, ont été réunies par suture ;

deux drains sous-cutanés sur les côtés du lambeau, et un troisième dans le trajet fistuleux, assurent l'écoulement des liquides.

Pansement de Lister compressif.

L'opération a duré une heure, et la chloroformisation a été facile.

Le même jour, à 3 heures de l'après-midi, vomissements chloroformiques, douleurs lancinantes au niveau de la plaie opératoire, hémorrhagie en nappe assez abondante, arrêtée par des lavages à l'eau froide.

Régime: bouillon et biscuit, 1 gr. de sulfate de quinine, potion opiacée.

3 novembre. Nuit agitée, quelques douleurs fugaces au côté droit, température M. 38°5, même régime, potion avec 3 gr. de chloral. Le soir pas de fièvre.

4 novembre. Plaie opératoire indolore, pas de fièvre, nuit calme, état général excellent.

5 novembre. 60 heures après un traumatisme aussi grave, l'opéré s'assied tout seul sur son lit, n'éprouvant aucune douleur et demandant à manger; pas de fièvre. On enlève le pansement: léger gonflement inflammatoire de la plaie, enlèvement d'une partie des sutures. La plaie est peu sensible à la pression; le lambeau paraît réuni par première intention; il s'écoule des drains une petite quantité de pus: lavage, pansement antiseptique et compressif. Le malade dort la nuit.

Régime: bouillon, poulet, pain.

6 novembre. Même état satisfaisant.

7 novembre. Le malade se plaint d'une douleur assez vive au côté droit. La nuit a été assez bonne; le côté gauche semble un peu plus affaissé que la veille. La plaie opératoire paraît devoir se réunir par première intention; il s'écoule toujours du pus par le drain qui se trouve dans la fistule pleurale.

8 novembre. Le malade a eu hier un frisson de 11 heures à midi; la soirée a été bonne ainsi que la nuit. On achève d'enlever les points de suture.

Régime: 1 potion sulfate de quinine 1,50, chloral 3 gr., extrait d'opium 0 gr. 05. La plaie ne présente rien de particulier.

9 novembre. Hier frisson à 11 heures du matin; le malade a bien dormi la nuit; il ne souffre plus de son côté droit. Traitement *ut suprà.*

14 novembre. Rien de particulier; les frissons ne se sont plus produits, et le malade se trouve dans un excellent état.

16 novembre. Le malade se trouve dans un état parfait. Il ne pénètre plus de liquide dans la cavité; la réunion est parfaite; il n'y a que les points qui livrent passage au drain qui suppurent.

18 novembre. Etat toujours satisfaisant; pas de fièvre. Le thorax à droite est affaissé, et donne à la mensuration 3 centimètres de moins que le côté gauche; les drains sont enlevés. Cet état se maintient jusqu'au 25 novembre, jour où, sans cause connue, le malade éprouva une violente douleur au côté droit. Cette douleur est la conséquence d'une rétention de pus qui s'est produite consécutivement à l'oblitération des drains.

Elle a pour conséquence de produire une rupture de toute la cicatrice opératoire.

26 novembre. Forte fièvre le soir. La plaie suppure peu.

27 novembre. Température élevée. Le malade se plaint d'une violente douleur au côté droit.

Le trajet de la fistule est sondé au moyen d'une sonde uréthrale du nº 15, et fait écouler une grande quantité de pus; application d'un drain.

Cet état se maintient jusqu'au 5 décembre, jour où la

fièvre tombe et le point de côté disparaît; on enlève le drain qui avait été replacé dans le trajet fistuleux.

Depuis ce jour le malade n'a plus eu d'accidents; il n'a plus eu de fièvre et le trajet fistuleux se trouve fermé d'une façon complète. La plaie opératoire suppure seule.

Cet état s'est maintenu jusqu'à la sortie du malade, qui a eu lieu le 22 janvier.

Il est parti guéri de sa fistule pleurale; la plaie opératoire suppurait encore, mais le malade avait tout à fait bonne mine; il mangeait bien et pesait 72 kilog. 500.

		droite.	gauche.
21 janvier	Ligne mamelonnaire.....	45^{cm}	48 centimèt.
Demi-périmètre thoracique	Au niveau de la fistule..	44^{cm}5	48 —

Six mois après le malade donne de ses nouvelles; il n'a plus eu d'accidents et se trouve totalement guéri.

CHAPITRE VII.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS.

Nous basant sur la statistique que nous fournissent les cas publiés jusqu'à ce jour, et sur l'observation du soldat Gallier, nous allons examiner les conclusions auxquelles est arrivé M. Berger, pour poser ses indications et contre-indications opératoires, en même temps que l'opinion des différents chirurgiens qui se sont occupés de la question.

Nous étudierons successivement à ce point de vue :

1° L'âge ;

2° Les diathèses ;

3° Le siège de la cavité ;

4° La capacité.

1° Age. — D'après M. Berger, la résection a presque toujours été faite sur des sujets jeunes. « Si donc, l'âge avancé est une présomption défavorable, dit-il, il n'exclut pas plus la possibilité d'un résultat heureux, que la jeunesse n'est une garantie absolue de ce dernier. »

Dans un cas où il n'obtint que de l'amélioration, M. Berger attribue son insuccès à l'âge du sujet, 57 ans, et atteint de tubercules probables.

Néanmoins, nous voyons que dans ce cas défavorable, si la guérison ne put être totalement obtenue, on n'obtint cependant qu'un insuccès relatif, puisque l'on put obtenir une amélioration notable chez un sujet présentant les plus mauvaises conditions.

2° Diathèse. — La question de la diathèse est beaucoup plus importante, surtout en ce qui concerne les diathèses tuberculeuse, albuminurique, glycosurique.

Les tuberculeux, en effet, sont absolument incapables de fournir des produits plastiques. De plus, chez les tuberculeux, la plèvre est profondément modifiée; cette membrane est envahie par la néoplasie tuberculeuse, condition très défavorable à l'opération.

Cependant un opéré de Berger a guéri, et nous nous rangeons volontiers à l'opinion qu'il émet de ne point se laisser arrêter par de simples hypothèses, mais par la certitude de l'existence de tubercules pulmonaires.

Encore ne croyons-nous pas, en présence des cas observés où l'on a noté, sinon la guérison, du moins une amélioration notable, que le chirurgien ne puisse opérer si les poumons ne sont totalement envahis, et, à ce sujet, nous pourrons prendre comme exemple le cas présenté par M. Poulet à la Société de chirurgie (21 octobre 1885): « Fistule consécutive à un empyème pratiqué à la suite de pleurésie tuberculeuse, résection de 5 fragments de côtes de 4 à 9, sur une étendue variant de 7 à 13 centimètres; grattage à la curette tranchante des deux feuillets de la plèvre. Persistance d'une petite fistule, mais le malade, guéri des suites opératoires, est notablement amélioré.»

Nous ne saurions donc ranger d'une façon absolue la tuberculose au rang des contre-indications.

L'albuminurie, la glycosurie, les menaces des septicémies chirurgicales sont au contraire, de l'avis de tous les chirurgiens, des contre-indications formelles de toute intervention opératoire.

3° Siège. — Le siège de la cavité est une des notions les

plus importantes à connaître ; et c'est de lui ainsi que de la capacité que nous tirerons nos principales indications.

Nous savons, en effet, que la pleurésie, purulente ou non, est plus fréquente à droite qu'à gauche, mais comme elle siège encore assez souvent à gauche, il nous faut examiner les cas du côté gauche, comparés à ceux du côté droit, le sommet comparé à la base :

1° Côté gauche, condition plus défavorable que le côté droit par suite de la présence du cœur.

2° Le sommet, plus défavorable que la base par suite de l'immobilité plus grande des arcs costaux plus rigides, en même temps que la présence des gros troncs vasculaires, siégeant dans cette région.

Bouilly se demandant quelles sont les causes des insuccès et quelles conditions doit remplir l'opération pour être curative, attribue les insuccès « à la persistance soit en avant, soit en arrière et le plus souvent en haut d'un sinus qui reste béant. Ce sinus est surtout à redouter à la partie supérieure où les côtes sont courtes et rigides en même temps que les résections dangereuses. »

La cavité siégeant au contraire à droite et à la base sera, en tenant compte toutefois des dimensions, une indication formelle à l'intervention chirurgicale.

Nous allons donc nous occuper de la capacité de la cavité.

4° Capacité. — Pour Bouilly : « On a jusqu'à ce moment, dit-il, confondu beaucoup trop de choses sous le nom d'opération d'Estlander, la même dénomination s'appliquant aux opérations dirigées contre les grandes cavités des pleurétiques, les petites cavités et les simples fistules pleuro-cutanées. »

Nous comprenons en effet facilement que si l'on a affaire à une simple fistule pleuro-cutanée, ou à une cavité de petites

dimensions, ne donnant issue qu'à une petite quantité de pus, si le malade est vigoureux, n'a pas de diathèse, et si le commencement de sa maladie remonte à peu de temps, il n'y aura pas lieu d'opérer, les adhérences des deux feuillets pouvant entraîner une rétraction suffisante pour amener la guérison.

Il n'en sera plus de même si, au contraire, nous nous trouvons en présence d'une grande cavité, et, quoique M. Berger pose qu'une grande cavité est presque toujours une contre-indication, nous n'admettrons que sous réserves cette opinion, et dans le cas où la cavité très vaste s'étendrait au sommet et occuperait presque tout l'espace situé entre les deux feuillets.

Nous basant sur le cas de M. Lucas-Championnière (Soc. chir., 2 janvier) « cavité admettant 500 grammes de liquide, fistule datant de 2 ans et à droite. Trois résections successives 5 côtes, 4 côtes, 4 côtes (dont la 2^{me}). Amélioration très grande. Insuccès relatif, dit-il, dû à ce que la cavité était trop vaste et trop ancienne.»

L'insuccès paraît dû ici non pas tant à la vaste dimension de la cavité, mais à la résection nécessairement insuffisante, par suite du siège au sommet, pour permettre un affaissement suffisant pour amener la guérison, et nous croyons pouvoir énoncer la proposition suivante : « les grandes cavités ne sont point une contre-indication, pourvu qu'elles ne s'étendent point jusqu'au sommet. L'importance de la notion exacte du siège et de la capacité de la cavité purulente, explique avec quel soin les chirurgiens se sont efforcés d'obtenir ces déterminations.

Bouilly conseille pour explorer, la bougie Béniqué, dont on varie facilement les courbures, et il ne regarde que comme indications complémentaires les renseignements fournis par les injections, ou par la percussion et l'auscultation : « trop de causes d'erreur, dit-il, venant les obscurcir. »

Pour Berger, « les injections sont trompeuses à cause de la difficulté du retour du liquide : d'un autre côté, avec les instruments rigides on s'expose à des inconvénients.» Si l'injection n'est pas bien tolérée, et si elle détermine chez le malade des accès de toux, qui entraînent un léger rétrécissement de la cavité par suite de la contraction des muscles expirateurs, et si on ne peut évaluer ainsi qu'imparfaitement la dimension, elle permet néanmoins une évaluation approximative de très peu inférieure à la réalité, tandis que tout instrument rigide, s'il a l'avantage de donner des renseignements plus précis et sur la direction et sur l'étendue, a l'inconvénient de pouvoir, en un point faible, déterminer une fistule pleuro-pulmonaire, qui serait toujours une condition défavorable.

Nous ne saurions terminer le chapitre des indications et contre-indications sans y faire entrer celui qui a trait au moment de l'opération.

MOMENT DE L'OPÉRATION.

Saltzmann (Rapp., Soc. chirurg.) «Dans les cas publiés jusqu'à présent, presque toutes les opérations ont été entreprises dans les conditions les plus favorables.»

« Pour la plupart, les malades étaient épuisés à un degré alarmant, par une supuration prolongée; les côtes étaient décollées, la paroi thoracique affaissée, le poumon rétracté, la plèvre épaissie, le poumon dans l'impossibilité absolue de se dilater — vaste cavité — aussi rien d'étonnant, dit-il, à ce que le nombre des malades guéris ne dépasse pas 40 %.»

Et il se demande si l'opération faite plus tôt, ne donnerait pas de meilleurs résultats.

M. Lucas Championnière avec Nicaise se déclare partisan d'une intervention hâtive, il réséquerait même une ou deux côtes au moment de l'empyème, pour prévenir la formation et l'organisation de la fistule.

M. Berger au contraire préconise d'attendre, et pourtant il attribue le succès de deux opérations (pleurésies purulentes à la suite de plaies pénétrantes de la poitrine) à l'évacuation de la vaste collection purulente et à l'intervention chirurgicale rapide.

Ceci nous intéresse plus particulièrement, car dans l'armée comme dans la marine, on aura toujours facilement sous la main un chirurgien pour pratiquer l'empyème, et s'il y a lieu, l'opération de la thoracoplastie.

L'expérience nous apprend que l'intervention chirurgicale est presque sans danger; n'aurait-on pas, au contraire, plus de chances de succès complet, si on la faisait à un stade moins avancé? Alors, en effet, les forces ne sont point épuisées, les organes dégénérés.

Les observations publiées jusqu'ici portent toutes sur des pleurésies purulentes déjà anciennes et traitées depuis longtemps par l'empyème, mais ce qu'il faudrait pouvoir obtenir ce serait une statistique complète. On comprend que la statistique des succès de l'opération thoracoplastique ne portant que sur un petit nombre, si elle nous donne de beaux résultats en considérant que les cas opérés étaient presque désespérés, elle ne nous enseigne rien sur ce qui serait advenu si l'opération avait été mise en usage pour tous les cas de pleurésie purulente.

Nous sommes donc en droit de nous demander si un grand nombre de malades, décédés à la suite de longues suppurations, à la suite de diarrhées rebelles et de la dégénérescence de leurs organes splanchniques, n'auraient pu être sauvés par une intervention chirurgicale hâtive, par une opération

qui, quoique elle ait donné quelques revers, n'en reste pas moins une opération assez bénigne, grâce aux pansements antiseptiques.

D'un autre côté, l'ouverture de la plèvre par l'empyème faite de bonne heure, l'évacuation rapide de l'épanchement, n'auraient-elles pas pour résultat de prévenir la compression et le refoulement du poumon, et de lui permettre de revenir en se dilatant combler en partie le vide laissé par l'épanchement évacué, avant que de nombreuses adhérences ne soient venues y mettre un obstacle définitif.

Tel est le cas du malade qui fait le sujet de notre observation; vigoureux (72 k. 500 gr.), ayant peu suppuré et n'offrant aucune altération splanchnique, ni albumine, ni glucose.

Il en est de même en général de tous les hommes jeunes et en particulier des soldats.

Aussi, nous rangeant à l'opinion de MM. Nicaise, Saltzmann et Lucas-Championnière, nous poserons les indications et contre-indications suivantes:

1° Il y a lieu d'opérer toutes les fois que le sujet ne sera pas trop avancé en âge.

2° S'il y a absence de diathèses, sauf les réserves faites pour la tuberculose.

3° Toute fois que la cavité sera assez considérable pour ne plus permettre d'espérer la guérison par rétraction.

4° Il faudra opérer aussitôt que l'on verra que le malade, encore vigoureux, ne tarderait pas à tomber dans le marasme par suite de sa suppuration.

5° Il y a contre-indication formelle pour tous les diathésiques.

6° Toutes les fois que la cavité siégera à gauche et au sommet.

7° Toutes les fois que le malade pourra espérer la guérison sans opération, par suite de l'ancienneté de sa fistule et de la faible capacité de la cavité suppurante.

CHAPITRE VIII.

PRONOSTIC.

Le pronostic est très difficile à établir, et, après avoir été très favorable à l'opération, la plupart des chirurgiens font aujourd'hui des réserves, à la suite des insuccès qui se sont produits.

M. Berger qui dans son premier rapport s'exprimait ainsi: «Nous voyons d'abord que dans aucun des quatre cas qui se terminèrent par la mort, celle-ci ne put être mise sur le compte de l'intervention chirurgicale,» [en effet, il y eut un cas par tuberculisation pulmonaire, deux cas par albuminurie et dégénérescence amyloïde des viscères] revient aujourd'hui sur ses premières conclusions (Société. chirurg., 22 oct., p. 711), et croit que l'on doit être plus réservé, car le pronostic lui paraît bien difficile à établir.

Verneuil (Soc. chirurg., oct. 1884, p. 695) déclare «qu'à la suite du revers grave essuyé par M. Bouilly, il faut avoir l'impression qu'il s'agit d'une opération, au moins importante. »

Telle n'est pas l'opinion de MM. Saltzmann et Lucas-Championnière.

«Pour ce qui est du risque auquel l'opération d'Estlander expose le patient, il peut être dit nul.

»Si le malade succombe, sa mort est causée non par l'intervention chirurgicale, mais par les dégénérations morbides dans les poumons ou autres organes survenues avant l'opération.

»Seulement je pose comme condition absolue, un pansement rigoureusement antiseptique. » (Saltzmann, *in* Soc. chirurgie).

Dans la même séance de la Société de Chirurgie (22 oct. 1884), où M. Berger modifiait ses conclusions dans un sens moins favorable à l'opération, M. Lucas-Championnière se montrait encore partisan absolu de l'intervention. « La simplicité des suites de l'opération est si grande, que cette opération me paraît devoir être recommandée, même dans de mauvais cas, comme le mien. »

Ainsi, nous le voyons, l'opération a eu ses revers ; mais il faut tenir compte de l'état des malades avant l'opération, malades presque tous dans un état cachectique plus ou moins avancé et plus ou moins diathésiques. Aussi, croyons-nous que le pronostic serait beaucoup plus favorable, si l'on n'avait à opérer que des hommes jeunes et vigoureux, comme le soldat qui fait le sujet de notre observation.

CHAPITRE IX.

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES.

D'après M. Saltzmann (d'Helsingfors), une seule incision parallèle aux côtes à réséquer est préférable à l'incision à lambeau ou à volet employée en France par MM. Bouilly, Lucas-Championnière. Si une seule incision ne suffit pas, comme cela arrive toujours lorsqu'on doit enlever un grand nombre de côtes, on en fait une série s'échelonnant les unes au-dessus des autres. Par ce moyen on éviterait, au dire du chirurgien d'Helsingfors, la perte de sang, les décollements, les abcès et fusées purulentes, qu'on a signalés dans les procédés à lambeaux.

M. Saltzmann avoue pourtant que pour les deuxième et troisième côtes, une seule incision pour deux côtes ne suffit pas, mais qu'il en faut une pour chaque.

Ce procédé nous paraît passible de plusieurs objections. Les incisions parallèles aux côtes à réséquer rendent l'opération encore plus laborieuse, en ne fournissant pas assez de jour, ainsi que nous avons pu le constater (cas du soldat Gallier).

Par suite du rapprochement maximum des côtes, on obtiendrait par les incisions rectilignes des languettes de peau extrêmement minces, ne se nourrissant que par leur face profonde. Quant à la perte de sang, elle n'est pas si considérable qu'on veut bien le dire, et si une hémorrhagie survenait, on s'en rendrait maître plus facilement avec une large fenêtre.

Nous devons faire observer, en outre, que les intercostales ne paraissent pas à craindre ici ; elles sont notablement diminuées de calibre, étouffées qu'elles sont par le tissu lardacé au milieu duquel elles sont plongées au niveau de la fistule pleurale ; la paroi thoracique à ce niveau présente toutes ses couches modifiées.

Quant aux abcès et fusées purulentes dont il parle, outre qu'elles n'ont pas été signalées aussi souvent qu'il veut bien le dire, ces petits accidents peuvent être mis à la rigueur sur le compte d'un pansement mal fait, d'une compression de la base des lambeaux ou d'un drainage insuffisant.

M. Nicaise est aussi d'avis qu'il vaut mieux user d'incisions multiples, suivant le trajet des côtes, que d'employer des lambeaux qui s'accolent toujours mal et incomplètement, et exposent aux clapiers, fusées purulentes, etc.

Pourtant, nous le répétons, l'opération sera plus longue et plus laborieuse en opérant ainsi : on a dû y renoncer pour cette raison chez le soldat Gallier.

M. Lucas-Championnière, partisan en principe des incisions multiples et parallèles, reconnaît qu'elles ne sont point toujours possibles, et que, par exemple, à la partie supérieure du thorax, il faut forcément décoller le grand pectoral ; la boutonnière contractile faite par une incision simple, ne permettrait pas les manœuvres.

Au lieu de comprendre dans le lambeau la couche musculaire, certains opérateurs comme Mathieu, dissèquent d'abord la peau en lambeau, puis font des sections des muscles au niveau des arcs costaux et parallèles à ceux-ci.

Quelle est exactement la valeur de ce procédé mixte entre les incisions parallèles et les lambeaux, nous l'ignorons : toutefois, ce dernier procédé nous semble créer ainsi, comme on l'a fait remarquer, de petites plaies anfractueuses qui pré-

disposent à des abcès sous le lambeau cutané ; celui-ci d'ailleurs est bien moins nourri.

C'est là, à notre avis, un inconvénient grave, si l'on veut obtenir une réunion du lambeau par première intention.

«Ce procédé, dit Nicaise, donne une plaie irrégulière, dont on recouvre les anfractuosités avec les lambeaux de peau que l'on avait disséqués.»

M. Mathieu, après avoir opéré ainsi, vit se former une série de petits abcès sous-cutanés.

Quel que soit donc le procédé choisi, méthode à incisions multiples, méthode à lambeau quadrilatère, elliptique ou autre, il y a lieu de se rendre bien compte avant d'opérer du siège de l'opération et de la technique opératoire.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE.

D'après M. Monod, on a dû faire plusieurs ponctions et contre-ponctions à son malade, dans les points les plus déclives, ce qui vient bien à l'appui du conseil donné par M. Nicaise, de faire porter la résection sur les parties les plus inférieures du thorax.

Mais ceci, qui peut être vrai quand il s'agit d'une cavité du lobe inférieur, ne l'est plus quand il s'agit d'un cas comme le nôtre. Qu'aurait fait une résection ainsi pratiquée chez notre malade ? Est-il d'ailleurs bien facile de limiter la cavité ? Nous ne le pensons pas, les uns prenant la sonde, les autres l'auscultation, la percussion, les injections forcées, etc.

On devra donc chercher à opérer largement d'emblée pour ne pas s'exposer à être obligé d'y revenir.

Mathieu nous paraît être celui qui a opéré le plus large-

ment, et cependant ses deux malades ont conservé une fistule, simple amélioration.

Bouilly a réséqué 8 côtes dans une étendue de 6 à 9 cent. et son malade est mort de septicémie suraiguë.

On dit bien qu'il faut proportionner le nombre et la longueur des segments costaux à l'étendue de la cavité purulente, mais nous avons vu qu'il n'est possible que d'avoir des renseignements approximatifs sur celle-ci.

A quoi donc pourrons-nous attribuer ces insuccès, et quelles sont les conditions que doit réaliser la thoracoplastie pour donner les résultats heureux que l'on est en droit d'en attendre?

D'après M. Bouilly, on doit en partie accuser des insuccès l'insuffisance de la résection des côtes, surtout dans les cavités très vastes, particulièrement dans celles qui s'étendent en hauteur jusque sous les premières côtes; dans ce cas, dit M. Bouilly, la résection restera insuffisante, car la région supérieure du thorax est à peu près inaccessible.

Il faudra donc, avant d'opérer, se rendre bien compte de *l'étendue* et de la forme de la cavité purulente. Nous avons vu comment on pouvait obtenir une indication approchée, nous n'y reviendrons pas.

Une autre question secondaire se pose au cours de l'opération.

Plèvre.— Doit-on exciser une portion de la plèvre?

Pour M. Saltzmann, l'excision de la plèvre est superflue, car elle ne met pas d'obstacles à l'affaissement, et aggrave considérablement l'opération, d'où chances de guérison moins favorables.

M. Nicaise qui agite cette question avec M. Saltzmann, déclare que l'ablation de la plèvre ne donne que de très mauvais résultats; ainsi, dit-il, « qu'on peut s'en convaincre en se

rappelant l'observation communiquée l'année dernière à la Société de chirurgie par Ehrmann, de Mulhouse. » (*Bull. soc. chir.* 1884, p. 394.)

Cependant Verneuil pose le précepte suivant : « Dans une fistule organisée, il faut se débarrasser de la paroi, la rétraction des parois de la fistule ne suffit pas. » C'est pourquoi il recommande d'ouvrir largement la plèvre par la résection d'une ou deux côtes et de réséquer cette plèvre (comme il a fait à Ledentu). C'est sur celle-ci surtout, d'après lui, qu'il faudrait agir pour l'amener à cicatrisation.

Verneuil, on le voit, préfère faire la résection de la plèvre que celle des côtes.

Pour nous, nous croyons qu'en général il vaudra mieux s'en tenir à la résection des côtes, et que l'on ne devrait recourir à l'excision de la plèvre que dans les cas où, trop épaissie, elle deviendrait un véritable obstacle à l'affaissement de la paroi thoracique, et nous estimons que dans bien des cas, il n'y aura pas lieu de recourir à l'excision de la plèvre, mais recourir dans les cas de plèvre très épaissie et rigide, et où la résection costale ne suffirait pas, au grattage et à la cautérisation, comme dans les fistules anales. Il faut ici essayer autant d'obtenir l'accolement des parois que la vitalité du bourgeonnement du foyer, phénomène mécanique et vital à réunir, le premier étant insuffisant dans quelques cas,

C'est là une méthode toute nouvelle qui n'est appliquée que depuis peu et avec succès à la plèvre (Bouilly).

Peut-être même les plèvres tuberculeuses contre lesquelles nous sommes mieux armés aujourd'hui peuvent-elles être ainsi avantageusement traitées.

I.—Lieu de l'opération.

Il dépend du siège de la cavité et de la fistule, mais en dehors de toutes indications spéciales, M. Berger pose comme règle générale « la résection devra toujours être faite sur les parties déclives et latérales du thorax. » Pour nous, c'est le siège de la cavité qui déterminera tout. De plus, il faut voir si la résection de telle ou telle côte ne donnera pas plus de mobilisation et par suite plus d'affaissement.

II.— Détermination des côtes à réséquer.— Nombre des segments à enlever.

Les côtes qui devront être réséquées dépendront du siège de la cavité, et comme le recommande M. Berger, il faut faire une très large résection : les insuccès dans bien des cas paraissant vraisemblablement tenir à la timidité du chirurgien ou à son inexpérience de l'opération qu'il devait pratiquer. Il vaut mieux opérer largement pour ne pas avoir à y revenir, car on éprouverait de bien plus grosses difficultés par suite de la régénération rapide du plastron osseux. De plus, le retard apporté ainsi favorise la tuberculisation pulmonaire et la dégénérescence amyloïde des reins par suite de suppuration prolongée suivant le siège de la fistule.

Si la fistule siège au point déclive, il faudra réséquer en remontant les côtes qui se trouvent au-dessus, et réciproquement si elle est située à la partie supérieure de la cavité.

Il n'y a que 4 côtes que l'on doive, en raison de leurs connexions et de leur rôle mécanique, éviter de toucher : ce sont les deux premières et les deux dernières.

III. — Étendue des fragments osseux à réséquer.

On pourra s'en rendre compte une fois que le débridement de la fistule ayant été opéré, on pourra se rendre plus facilement compte de la capacité de la cavité.

C'est une question d'éminente importance, dit Saltzmann.

D'après lui, une fois la capacité connue, on peut donner par un calcul mathématique l'étendue de la paroi osseuse à enlever. Ce calcul a été essayé par Homen, mais sa valeur pratique lui paraît bien douteuse pour les raisons suivantes:

1° L'évaluation de la cavité est rarement possible;

2° Les forces vitales qui contribueront à la guérison sont absolument incalculables.

Cette seule raison est la seule vraie, car l'évaluation de la cavité, si elle entrait seule en jeu, serait toujours possible.

Aussi, d'après Saltzmann, la seule réponse à faire, est « d'enlever de grands morceaux, 1 centimètre en plus ne peut nuire, tandis qu'un seul de moins provoque de sérieux obstacles à une guérison durable. »

Enfin, on peut dire que plus la fistule sera ancienne et plus il faudra opérer largement.

« Il ne faut pas craindre de porter l'instrument sur 4, 5, 6 côtes et d'en réséquer, comme l'a fait Langenbeck, jusqu'à 11 et même 13 centimètres, mais en ayant bien soin néanmoins de ne pas aller intéresser la plèvre saine.

IV. — Manuel opératoire.

Nous n'aurons pas à le décrire; ne faisons donc que résumer maintenant ce que dit M. Berger à ce sujet: Incision des

parties molles larges: multiples ou uniques, linéaires, courbes, cruciales ou en H, ou lambeaux quadrilatères, peu importe.

Les résections costales, pour M. Berger, doivent être faites par la méthode sous-périostée, afin d'éviter la blessure du trajet de l'artère. Nous avons dit pourquoi nous supposions qu'il était fort peu important de chercher à ne point intéresser les artères qui se trouvaient fortement diminuées de calibre.

Nous estimons qu'il faut toujours opérer largement, non seulement pour la raison que nous donne M. Berger, mais à cause de la reproduction parfois très rapide du plastron osseux qui ne permet plus un affaissement suffisant et qui oblige à y revenir.

Aussi, dans le manuel opératoire, nous semble-t-il logique de conseiller une résection non sous-périostée. Il ne faudra pas craindre d'enlever un peu de périoste et même de recouvrir l'extrémité costale avec la peau pour prévenir ainsi la reproduction de l'arc costal ; la crainte des intercostales est chimérique, et en fait, dans aucune observation, nous ne voyons d'hémorrhagies signalées.

Incision des digitations du dentelé et du périoste si l'on fait la résection sous-périostée, dénudation avec spatule, section avec pince de Liston. La première côte est toujours la plus difficile à enlever.

La pince de Liston vaut mieux que les costotomes qui glissent sur la côte, que la scie à chaîne ou que le ciseau et le maillet employés par Weiss, qui peut produire des échappées et blesser l'intercostale, comme cela lui est arrivé.

Nous avons vu Verneuil préconiser l'excision de la plèvre plutôt que les résections costales. Max Schœde a proposéde joindre l'extirpation du feuillet pariétal à la résection. Il a exécuté l'opération et a eu un succès. Mais cette modification

doit donner à la thoracoplastie de tout autres conséquences : elle augmente en effet la cavité au lieu de tendre à la diminuer.

« C'est une vaste brèche que l'on ouvre à la poitrine, où les vaisseaux et nerfs costaux sont intéressés, où la surface de section des os est en rapport avec une cavité suppurante qui ne peut se fermer que par l'élévation graduelle de son fond, la granulation et la cicatrisation de sa surface. » (Berger.)

Nous croyons donc que cette aggravation de l'opération ouvre la voie à bien des complications et surtout à bien des longueurs causées par la lenteur du processus réparateur, et qu'il faut entièrement repousser cette résection de plèvre. Au lieu de diminuer la cavité, elle l'agrandit; la thoracoplastie a pour but de rapprocher les parois de l'abcès, celle-ci les écarte pour toujours; la première tend à tarir très rapidement la suppuration pour éviter la tuberculisation et la dégénérescence des organes splanchniques; celle-ci les favorise en exigeant pour sa guérison une suppuration de très longue durée.

CHAPITRE X.

RÉSULTATS DE LA THORACOPLASTIE.

Après avoir étudié la technique opératoire, c'est-à-dire comment il faut opérer, M. Berger étudie ce que devient la plaie ; il intitule son chapitre : Phénomènes ultérieurs.

Pansement antiseptique. — Injections désinfectantes. — La suppuration tarit bientôt. — Au bout de 5 ou 6 semaines reproduction osseuse hâtive. Si à ce moment il existe encore une cavité, c'est que le résultat est imparfait et alors nouvelle opération et pour favoriser la rétraction, application de bandages compressifs.

« Il faut, dit-il, laisser passer le temps sur les résultats heureux avant de pouvoir les considérer comme définitivement acquis. » — Les soins les plus assidus à l'état général.— Bonne alimentation.

Pour Saltzmann, les lavages ne sont indiqués que si la sécrétion est trop abondante, et s'il survient une élévation notable de la température. Les injections forcées ne sont pas prudentes. Il faut éviter une grande pression à cause du déchirement des adhérences du poumon et de la paroi thoracique.

Il faut établir deux tubes l'un à côté de l'autre pour faire du bon drainage ; on assure ainsi le lavage et on ne risque pas de déchirer les adhérences récentes.

Somme toute, les résultats de la thoracoplastie ont été brillants au début, mais depuis on a cité des revers, et, bien que l'opération soit admise par la plupart des chirurgiens, il

est bon de ne la faire qu'à bon escient, d'en bien poser les indications et les contre-indications, et de ne pas hésiter à opérer lorsqu'il y a réellement indication (cas de Gallier).

Comme dans l'armée on a affaire à des hommes jeunes et vigoureux, là, plus que partout ailleurs, on pourra intervenir plus souvent, mais aujourd'hui donc, ce qu'il faut approfondir et préciser, c'est le chapitre des indications et des contre-indications, et c'est ce que nous avons essayé de faire dans ce travail qui n'a pas, nous le répétons, d'autre prétention.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 10 juillet 1886.
P. le Recteur de l'Académie,
Le Doyen de la Faculté de Droit,
VIGIÉ.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 9 juillet 1886.
Le Doyen,
A. CASTAN.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !